



**Solicitud para Pagos de Aborto**

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_

Dirección del Cliente \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Caso \_\_\_\_\_ Núm. del Beneficiario \_\_\_\_\_

Yo hice una intervención de aborto para la paciente nombrada arriba en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_.

Lugar (Nombre, Ciudad) Fecha

El aborto se hizo debido a: (Circule sólo un código)

	Cirugía	Mifepristona
El aborto fue necesario debido a un trastorno físico, herida o enfermedad, incluyendo una condición física que pone en peligro la vida debido al embarazo y que puede poner a la mujer en peligro de muerte a menos que se proceda con el aborto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La paciente ha informado que el embarazo fue resultado de violación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La paciente ha informado que el embarazo fue resultado de incesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El aborto fue necesario para proteger la salud de la mujer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Yo entiendo que completar este formulario es sólo con el propósito de recibir pagos de Asistencia Médica.**

\_\_\_\_\_  
Médico que hizo la intervención del aborto (Letra de molde) Número de Proveedor Médico

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona Postal

\_\_\_\_\_  
Firma del médico que hizo la intervención del aborto Fecha

Completarlo es obligatorio, 305ILCS 5/1-1 et. seq. Castigo - no se hará el pago.  
Formularios son aprobados por Forms Management Center.

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO HFS 2390S

### SOLICITUD PARA PAGO DE ABORTO

Nota: Si alguno de las siguientes partes no se completa tal como se indica a continuación, la factura y el formulario para solicitar pago serán devueltos al proveedor. Las anotaciones se deben escribir a máquina o en letra de molde con tinta negra.

<b>PARTE</b>	<b>INSTRUCCIONES</b>
Nombre del Beneficiario	Tiene que ser el nombre y apellido del beneficiario.
Dirección del Beneficiario	Tiene que ser completado con la dirección del beneficiario.
Caso del Beneficiario	Tiene que ser completado con el núm. de identificación del caso del beneficiario.
Número de Identificación	
Núm. de Identificación del Beneficiario.	Tiene que ser completado con el Número de Identificación del cliente. El número de identificación debe concordar con el número del beneficiario en la factura.
Lugar	Tiene que ser el nombre y la dirección de la institución donde el procedimiento se hizo. Si el procedimiento se hizo en la oficina, escriba el nombre y la dirección del médico o clínica.
Fecha	Tiene que ser la fecha cuando se hizo el servicio.
Razón para el Aborto	Sólo circule un código de procedimiento indicando la razón y cómo se realizó. Tiene que concordar con el código de procedimiento en la factura.
Médico que realizó el aborto	Escriba el nombre completo del médico en letra de molde.
Proveedor de Medicaid	Escriba el número de Medicaid del proveedor o el número de licencia del estado.
Dirección	Escriba la dirección de la oficina del proveedor.
Ciudad, Estado, Código Postal	Escriba la ciudad, estado código postal de la oficina del proveedor.
Firma del Médico que realizó el aborto	Esta es la firma original en tinta negra del médico que realizó el aborto.
Fecha	Escriba la fecha que el médico firmó la solicitud.